



**GLI ATTACCHI DI PANICO DA UNA PROSPETTIVA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (CBT)**

**IN CHE MODO LE CREDENZE CULTURALI INFLUENZANO
L'ESPERIENZA E L'ESPRESSIONE DEGLI ATTACCHI DI PANICO?**

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
SEDE DI CAGLIARI

ALLIEVA

DOTT.SSA SERAFINI STEFANIA

ANNO 2025

Gli attacchi di panico da una prospettiva cognitivo-comportamentale (CBT)

In che modo le credenze culturali influenzano l'esperienza e l'espressione degli attacchi di panico?

INDICE

Abstract

Parole chiave

1. Introduzione

- Definizione di **Attacco di Panico** (secondo il DSM-5).
- Breve presentazione della **Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)** come trattamento di elezione.
- Spiegazione dell'importanza di considerare il **contesto culturale** nell'esperienza del panico.

2. Metodo

- Disegno di ricerca e procedure.
- Analisi dei dati.

3. Modello Cognitivo-Comportamentale del Panico

- **Ciclo tipico del panico:** Sintomi fisici / Interpretazione catastrofica / Aumento dell'ansia / Intensificazione dei sintomi.
- Focus sul ruolo dei **pensieri automatici** e delle **convinzioni di base**.

4. Influenza delle Credenze Culturali sul Panico

- Come la cultura modella l'**interpretazione dei sintomi corporei** (es. tachicardia vista come malattia cardiaca vs. segnale spirituale).
- **Differenze nell'espressione dei sintomi** (enfasi sui sintomi fisici vs. psicologici).
- **Stigma culturale** sull'ansia e impatto sulla richiesta di aiuto.

5. Adattamento della CBT alle Credenze Culturali

- **Psicoeducazione** adattata al contesto culturale.
- **Ristrutturazione cognitiva:** Esplorazione dei significati culturalmente mediati delle sensazioni.
- **Esposizione enterocettiva e culturale:** "Mettere alla prova" i timori legati alle interpretazioni (culturali e individuali).
- Importanza di **integrare spiegazioni culturali** senza svalutarle.

6. Implicazioni Cliniche

- Necessità di **formazione culturale** per i terapeuti CBT.
- Rischio di **incomprensioni** se le credenze culturali non vengono considerate.
- Potenziale **arricchimento del percorso terapeutico** attraverso la sensibilità interculturale.

7. Discussione

8. Conclusione

- Sintesi del **legame cruciale tra cultura e panico**.
- La **CBT come metodo flessibile**, efficace e adattabile ai diversi contesti.
- Importanza di integrare approcci scientifici e **sensibilità culturale** nella pratica clinica.

Abstract

Gli attacchi di panico rappresentano un fenomeno psicopatologico diffuso, caratterizzato da un'espressione clinica che varia in base ai contesti culturali. La letteratura evidenzia come la cultura influenzi non solo l'interpretazione dei sintomi fisici e psicologici, ma anche le modalità di espressione del disagio, il livello di stigma associato e la propensione a cercare aiuto. In questo quadro, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si conferma come trattamento di elezione per il disturbo di panico, grazie alla sua efficacia empiricamente dimostrata e alla sua flessibilità. Numerosi studi hanno sottolineato l'importanza di adattare la CBT alle specifiche cornici culturali dei pazienti, attraverso strategie quali psicoeducazione culturalmente sensibile, ristrutturazione cognitiva delle interpretazioni mediata da credenze locali ed esposizione enterocettiva integrata con i significati simbolici del contesto. L'integrazione tra approccio scientifico e sensibilità culturale non solo riduce il rischio di incomprensioni cliniche, ma arricchisce il percorso terapeutico, rafforzando l'alleanza con il paziente e migliorando gli esiti clinici. Il presente elaborato si configura come una revisione narrativa della letteratura, volta a esplorare le interconnessioni tra cultura, esperienza del panico e adattamenti culturali della CBT, con l'obiettivo di evidenziare le implicazioni cliniche e formative per una pratica realmente interculturale.

Per comprendere il legame tra attacchi di panico, cultura e terapia cognitivo-comportamentale (CBT), è stata condotta una ricerca bibliografica attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave. L'obiettivo era individuare contributi teorici ed empirici che permettessero di esplorare sia la dimensione clinica del panico, sia le sue variazioni culturali, sia infine le strategie terapeutiche di adattamento della CBT.

Parole chiave

Nell'area **clinica**, sono state impiegate parole chiave relative al disturbo stesso e ai suoi sintomi: *attacchi di panico, disturbo di panico, ansia, sintomi fisici, sintomi psicologici (panic attacks, panic disorder, anxiety, somatic symptoms, psychological symptoms)*. Questi termini hanno permesso di circoscrivere il nucleo psicopatologico di riferimento.

Nell'area **culturale**, le parole chiave hanno riguardato l'influenza delle credenze e del contesto sociale sull'esperienza del panico. Sono stati quindi utilizzati termini come *cultura, credenze culturali, interpretazione dei sintomi, stigma, spiegazioni spirituali, modelli culturali di malattia (culture, cultural beliefs, symptom interpretation, stigma, spiritual explanations, cultural models of illness)*. Questo ha reso possibile includere studi che analizzano il modo in cui le cornici culturali modellano la percezione e l'espressione dei sintomi.

Infine, nell'area **terapeutica**, sono state selezionate parole chiave relative alla CBT e ai suoi adattamenti interculturali, quali *terapia cognitivo-comportamentale, CBT, adattamento culturale, psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, esposizione enterocettiva, sensibilità interculturale (cognitive behavioral therapy, CBT, cultural adaptation, psychoeducation, cognitive restructuring, interoceptive exposure, intercultural sensitivity)*. Questi termini hanno guidato l'individuazione di articoli che esplorano l'efficacia e la flessibilità della CBT nei diversi contesti culturali.

Per ricerche più mirate, sono stati inoltre considerati termini specifici legati a sindromi culturalmente connotate, come *ataques de nervios* (America Latina), *khyal attacks* (Cambogia), *shenjing shuairuo* (Cina) e *jinn possession* (Medio Oriente).

L'uso combinato di questi insiemi di parole chiave ha permesso di costruire una visione articolata del fenomeno, mettendo in luce le interconnessioni tra la dimensione clinica, il peso delle interpretazioni culturali e le possibilità di adattamento della CBT.

Introduzione

Gli attacchi di panico rappresentano una delle manifestazioni più comuni dei disturbi d'ansia e di solito raggiungono l'apice in pochi minuti (circa 10). Sono caratterizzati da episodi improvvisi di intensa paura accompagnati da sintomi somatici e cognitivi, come palpitazioni, sensazione di soffocamento, vertigini e timore di perdere il controllo o paura di morire. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è oggi considerata l'intervento psicologico di elezione per il trattamento del disturbo di panico, grazie alla sua efficacia nel modificare i processi di pensiero disfunzionali e nell'insegnare strategie concrete di gestione dell'ansia. La letteratura scientifica (ad esempio, Linee guida APA, NICE, ISS) riconosce la terapia cognitivo-comportamentale come intervento di prima scelta per il disturbo di panico, per l'efficacia dimostrata in numerosi trial clinici randomizzati. Il modello di Clark (1986) e successivi sviluppi mostrano come gli attacchi di panico derivino dall'interpretazione disfunzionale di sensazioni corporee. Tuttavia, l'esperienza soggettiva e l'espressione degli attacchi di panico non sono universali, ma profondamente influenzate dalle credenze e dai valori culturali. Ciò che in un contesto può essere interpretato come un segnale medico, in un altro può assumere significato spirituale o soprannaturale; inoltre, la cultura plasma le modalità di comunicare la sofferenza, i sintomi enfatizzati e il modo in cui viene percepita la ricerca di aiuto psicologico. In questo elaborato si analizzerà il modello cognitivo-comportamentale del panico, con particolare attenzione al ruolo delle credenze culturali nell'interpretazione dei sintomi e nelle dinamiche che alimentano il circolo vizioso ansia-panico. Verranno inoltre discusse le strategie CBT più utili per integrare la sensibilità culturale nel percorso terapeutico, al fine di rendere l'intervento non solo efficace, ma anche rispettoso della cornice di significati propria di ogni paziente.

Metodo

Il presente lavoro si basa sulla selezione e analisi di articoli scientifici provenienti da letteratura internazionale. Sono stati inclusi **studi empirici**, **review** e **contributi teorici** che affrontano tre aree principali di interesse:

1. **Relazione tra cultura e attacchi di panico**, con particolare attenzione a come i sintomi vengano interpretati, espressi e compresi nei diversi contesti culturali.
2. **Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) come trattamento del disturbo di panico**, valutandone efficacia e applicazioni in campioni clinici differenti.
3. **Adattamento culturale delle terapie cognitivo-comportamentali**, analizzando strategie, principi e risultati di approcci che integrano sensibilità culturale con il rigore scientifico della CBT.

Questa impostazione ha permesso di raccogliere una base teorica ed empirica solida, utile per discutere sia le specificità culturali dell'esperienza del panico, sia le potenzialità della CBT come trattamento flessibile e culturalmente adattabile.

Disegno di ricerca e procedure

- **Tipo di studio:** revisione narrativa della letteratura.
- **Fonti consultate:** banche dati internazionali quali PsycINFO, PubMed, Scopus e Google Scholar.
- **Parole chiave** (in inglese e italiano): *panic disorder, panic attacks, culture, cultural beliefs, cognitive behavioral therapy, cultural adaptation, anxiety, stigma*.
- **Criteri di inclusione:** articoli peer-reviewed pubblicati dal 2000 in poi; studi clinici, qualitativi o review che trattano la relazione tra cultura, panico e CBT.
- **Criteri di esclusione:** articoli non peer-reviewed; lavori esclusivamente farmacologici senza riferimenti alla CBT; studi non disponibili in inglese o italiano; fonti puramente divulgative.

Analisi dei dati

- È stata condotta un'**analisi tematica** qualitativa dei contributi, individuando le aree centrali:
 1. interpretazione culturale dei sintomi di panico,
 2. differenze nell'espressione dei sintomi,
 3. stigma e ricerca di aiuto,
 4. adattamenti culturali della CBT (psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, esposizione),
 5. implicazioni cliniche e formative.
- I risultati degli studi sono stati sintetizzati e discussi in relazione all'obiettivo della tesina: mostrare come la CBT possa essere efficace e adattabile nei diversi contesti culturali.

Definizione degli attacchi di panico secondo il DSM 5

Il DSM-5 specifica che gli attacchi di panico **possono essere inaspettati o attesi** (legati a situazioni specifiche) e che non costituiscono di per sé un disturbo, ma diventano clinicamente rilevanti se ricorrenti e associati a preoccupazioni persistenti o cambiamenti comportamentali significativi (criteri per il *disturbo di panico*).

Secondo il **DSM-5 (APA, 2013)**, l'**attacco di panico** è definito come:

“Un'improvvisa ondata di intensa paura o intenso disagio che raggiunge il picco in pochi minuti, durante i quali si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi”:

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse
4. Sensazione di mancanza d'aria o di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di sbandamento, instabilità, testa leggera o svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesie (sensazioni di intorpidimento o formicolio)
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi)

12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”
13. Paura di morire

La terapia cognitivo-comportamentale come trattamento di elezione per il disturbo di panico

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è considerata a livello internazionale il trattamento psicologico di prima scelta per il disturbo di panico, sulla base di solide evidenze scientifiche. Numerosi studi clinici controllati e meta-analisi hanno dimostrato che la CBT è altamente efficace nel ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi di panico, migliorando al tempo stesso la qualità della vita e riducendo la comorbidità ansiosa e depressiva (Hofmann et al., 2012; Pompoli et al., 2016). L'efficacia della CBT risiede nella sua capacità di intervenire sui meccanismi cognitivi e comportamentali che mantengono il disturbo. Il modello cognitivo del panico (Clark, 1986) sottolinea come gli attacchi derivino dall'interpretazione catastrofica di sensazioni corporee innocue (ad esempio, palpitazioni percepite come “infarto imminente”). La CBT lavora su questi processi attraverso:

- **Psicoeducazione:** fornire al paziente una comprensione del ciclo ansia-panico e delle reazioni fisiologiche normali.
- **Ristrutturazione cognitiva:** identificare e modificare i pensieri catastrofici legati alle sensazioni fisiche.
- **Esposizione enterocettiva:** indurre volontariamente i sintomi corporei (come tachicardia o vertigini) per dimostrare che non portano a conseguenze temute.
- **Esposizione situazionale:** affrontare gradualmente i contesti evitati a causa della paura del panico.

Le linee guida cliniche, come quelle del **National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011)** e dell'**American Psychiatric Association (APA, 2020)**, raccomandano la CBT come intervento di prima linea per il disturbo di panico, sia in forma individuale sia di gruppo. Inoltre, gli studi mostrano che i benefici della CBT tendono a mantenersi nel tempo, con tassi di ricaduta significativamente più bassi rispetto al trattamento esclusivamente farmacologico (Cuijpers et al., 2016).

Un ulteriore punto di forza è la possibilità di integrare la CBT con un approccio culturalmente sensibile: adattando la psicoeducazione e gli esempi clinici al contesto di vita del paziente, si favorisce l'alleanza terapeutica e si potenzia l'efficacia del trattamento (Hinton & Hofmann, 2014).

In sintesi, la CBT rappresenta il trattamento psicologico di elezione per il disturbo di panico, grazie alla sua efficacia dimostrata, alla durata stabile dei risultati e alla flessibilità che le permette di essere adattata a diversi contesti culturali.

Il ciclo tipico del panico: sintomi fisici, interpretazione catastrofica e ansia

La ricerca scientifica ha ampiamente documentato il meccanismo circolare che caratterizza l'attacco di panico, spesso definito “ciclo del panico” (Clark, 1986; Bouton et al., 2001). Secondo questo modello, l'episodio si innesca solitamente con la comparsa di una sensazione corporea innocua ma percepita come insolita, ad esempio palpitazioni, vertigini o difficoltà respiratorie.

Questi sintomi fisici vengono interpretati attraverso schemi cognitivi disfunzionali che portano a **interpretazioni catastrofiche** (“sto per svenire”, “sto avendo un infarto”, “sto perdendo il controllo”). Tale interpretazione amplifica l'ansia, che a sua volta aumenta l'attivazione fisiologica: il cuore accelera ulteriormente, il respiro diventa più corto, le vertigini si intensificano.

In questo modo si crea un **circolo vizioso**:

1. **Sintomi fisici** → attivazione autonoma iniziale (tachicardia, sudorazione, fiato corto).

2. **Interpretazione catastrofica** → lettura minacciosa e disfunzionale dei segnali corporei.
3. **Aumento dell'ansia** → incremento dell'attivazione fisiologica.
4. **Intensificazione dei sintomi** → conferma apparente delle paure, che rinforza il ciclo.

Gli studi sperimentali hanno mostrato che i pazienti con disturbo di panico sono particolarmente vulnerabili a questo processo per una maggiore **ipersensibilità enterocettiva** (cioè una forte attenzione ai segnali corporei interni) e per bias cognitivi che li portano a sopravvalutare il rischio di conseguenze catastrofiche (Ehlers & Margraf, 1989; McNally, 1994).

La CBT interviene direttamente su questo meccanismo: insegna a riconoscere e mettere in discussione i pensieri catastrofici e utilizza l'**esposizione enterocettiva** per dimostrare al paziente che i sintomi fisici non portano agli esiti temuti, interrompendo così il ciclo ansia-panico (Craske & Barlow, 2008).

Il ruolo dei pensieri automatici e delle convinzioni di base nel disturbo di panico

Gli studi scientifici mostrano che i pensieri automatici negativi e le convinzioni di base disfunzionali sono centrali nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo di panico. Secondo il modello cognitivo di Clark (1986), gli attacchi di panico nascono da un processo di interpretazione catastrofica di sensazioni corporee innocue: ad esempio, un aumento della frequenza cardiaca viene automaticamente letto come “sto per avere un infarto”. Questi **pensieri automatici**, rapidi e involontari, attivano un circolo vizioso di ansia e sintomi somatici che culmina nell'attacco di panico. Le ricerche successive hanno confermato che i pazienti con disturbo di panico tendono a presentare **bias cognitivi**: un'attenzione selettiva verso segnali corporei di attivazione, interpretazioni sproporzionate del rischio e una ridotta capacità di ristrutturare i pensieri in modo realistico (Clark & Beck, 2010; McNally, 1994).

Alla base di questi processi vi sono le **convinzioni centrali**, cioè schemi cognitivi profondi riguardo alla vulnerabilità personale, al pericolo e alla perdita di controllo. Studi empirici (Arntz, 2002; Teachman et al., 2010) hanno dimostrato che i pazienti con disturbo di panico hanno convinzioni fortemente radicate come “il mondo è un posto pericoloso”, “non riesco a gestire le mie reazioni fisiche”, “perdere il controllo è intollerabile”. Tali convinzioni di base predispongono la persona a interpretare qualsiasi segnale corporeo come minaccioso.

La CBT interviene proprio su questo doppio livello:

- **Pensieri automatici** → identificazione e ristrutturazione immediata delle interpretazioni catastrofiche.
- **Convinzioni di base** → esplorazione e modifica degli schemi sottostanti, spesso tramite tecniche di ristrutturazione cognitiva profonda ed esperimenti comportamentali.

Numerosi trial clinici hanno mostrato che la riduzione della frequenza e della credibilità attribuita ai pensieri automatici catastrofici predice un miglioramento stabile nel disturbo di panico (Craske & Barlow, 2008; Hofmann et al., 2012).

INFLUENZA DELLE CREDENZE CULTURALI

L'influenza della cultura nell'interpretazione dei sintomi corporei

Numerose ricerche in psichiatria culturale hanno evidenziato che la cultura gioca un ruolo cruciale nel modellare il significato attribuito ai sintomi corporei tipici del panico. I sintomi fisiologici, come tachicardia, vertigini o mancanza d'aria, non vengono interpretati in modo neutro, ma filtrati attraverso schemi culturali che orientano la percezione di pericolo e la risposta emotiva (Kleinman, 1988; Lewis-Fernández et al., 2010).

Ad esempio, in contesti occidentali industrializzati la tachicardia tende a essere interpretata come un segnale di **malattia cardiaca** o di potenziale morte imminente. In altri contesti culturali, invece, la stessa sensazione può essere letta in chiave **spirituale o soprannaturale**, come segno di possessione, perdita dell'anima o punizione divina (Hinton & Good, 2009). Allo stesso modo, sintomi come capogiri o sensazioni di calore possono essere compresi attraverso sindromi culturali specifiche, come il “*ataque de nervios*” nelle popolazioni latinoamericane o il “*khyal attacks*” descritto in Cambogia (Hinton et al., 2012).

Queste interpretazioni influenzano non solo l'intensità dell'ansia percepita, ma anche le modalità di ricerca di aiuto. In culture dove il disagio psicologico è stigmatizzato, i sintomi vengono spesso espressi in forma **somatica** e riferiti a medici generici piuttosto che a psicologi. In altri contesti, invece, ci si rivolge a guaritori tradizionali o leader religiosi, in quanto depositari di spiegazioni culturalmente condivise.

Gli studi transculturali mostrano quindi che la cultura funge da “lente interpretativa” che plasma il significato e la gestione dei sintomi corporei del panico. Per la terapia cognitivo-comportamentale, ciò implica la necessità di integrare gli schemi culturali del paziente nel processo di psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva, in modo da evitare riduzionismi e potenziare l'efficacia clinica (Hinton & Hofmann, 2014).

Differenze nell'espressione dei sintomi (fisici vs. psicologici)

La letteratura transculturale evidenzia che il modo in cui le persone vivono e comunicano i sintomi del panico varia in funzione del contesto culturale.

1. Contesti occidentali

- Nei paesi occidentali industrializzati, i pazienti tendono a riportare sia **sintomi cognitivi/psicologici** (paura di perdere il controllo, di impazzire, di morire) sia **sintomi somatici** (tachicardia, vertigini).
- C'è spesso una maggiore disponibilità a riconoscere il disagio come psicologico, anche grazie alla diffusione delle diagnosi psichiatriche e della psicoterapia (Kessler et al., 2006).

2. Contesti non occidentali

- In molte culture asiatiche e latinoamericane, prevale una **somatizzazione del disagio**: i sintomi corporei (mancanza di respiro, vampate di calore, dolori toracici) vengono riferiti con più frequenza rispetto alle paure cognitive.
- Ciò è legato sia allo stigma verso i disturbi mentali sia al fatto che i sintomi fisici risultano più socialmente accettabili (Kirmayer & Young, 1998; Ryder et al., 2008).

3. Sindrome culturali specifiche

- Alcuni gruppi riportano pattern di sintomi distinti che riflettono la cornice culturale.
 - Esempio: i *khyal attacks* in Cambogia, in cui vertigini e sensazione di sangue che sale alla testa sono interpretati come pericolosi squilibri energetici (Hinton et al., 2012).
 - Esempio: l'*ataque de nervios* nelle popolazioni latinoamericane, dove i sintomi somatici si accompagnano a comportamenti drammatici e verbalizzazione emotiva intensa (Guarnaccia et al., 2010).

4. Implicazioni cliniche

- I sintomi psicologici possono risultare sottostimati in culture dove prevale la somatizzazione.
- La CBT deve quindi considerare che ciò che in un contesto si manifesta come “paura di morire” in un altro può emergere come “forte dolore al petto” senza esplicitazione della componente cognitiva.

Stigma culturale sull’ansia e impatto sulla richiesta di aiuto

La letteratura scientifica mostra che lo **stigma associato ai disturbi d’ansia** è un fattore determinante nel modo in cui le persone percepiscono e gestiscono i sintomi, influenzando la probabilità di chiedere aiuto professionale.

1. Stigma sociale e autocriticismo

- In molte culture l’ansia è percepita come segno di **debolezza personale** o di incapacità di controllare le emozioni. Questo porta a forme di **auto-stigma**, cioè interiorizzazione di giudizi negativi che aumentano la vergogna e la tendenza a nascondere i sintomi (Corrigan, 2004; Vogel et al., 2007).

2. Differenze culturali nello stigma

- Nei contesti occidentali, pur essendo presente stigma, è più diffusa l’idea che l’ansia sia un disturbo psicologico trattabile.
- In molte culture asiatiche e medio-orientali, i disturbi d’ansia vengono invece interpretati come segno di fragilità morale o di fallimento personale, con una forte pressione a non “perdere la faccia” (Yang et al., 2007).
- In contesti latinoamericani, lo stigma si esprime spesso come **sfiducia nei confronti della psicologia** e preferenza per spiegazioni spirituali o religiose (Cabassa et al., 2007).

3. Impatto sulla richiesta di aiuto

- Lo stigma riduce significativamente il ricorso a trattamenti psicologici. Studi epidemiologici mostrano che, nonostante la prevalenza dei disturbi d’ansia sia elevata a livello globale, solo una minoranza dei pazienti riceve trattamenti adeguati (Wang et al., 2007).
- Molte persone, per evitare lo stigma, preferiscono **canali alternativi**: medici di base (con presentazioni somatiche), guaritori tradizionali o leader religiosi, piuttosto che professionisti della salute mentale (Kleinman, 1988; Hinton & Good, 2009).

4. Implicazioni cliniche

- La presenza dello stigma implica che i terapeuti debbano adottare un approccio culturalmente sensibile, validando le credenze del paziente e riducendo il senso di vergogna.
- La psicoeducazione CBT può essere particolarmente utile per **normalizzare** i sintomi e ridurre l’autocriticismo, creando uno spazio sicuro per la richiesta di aiuto.

CBT e le credenze culturali

Psicoeducazione adattata al contesto culturale

La psicoeducazione è una componente centrale della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per il disturbo di panico: permette al paziente di comprendere il funzionamento dell’ansia, i meccanismi

del corpo e il ruolo delle interpretazioni catastrofiche. Tuttavia, la letteratura scientifica sottolinea che l'efficacia della psicoeducazione aumenta significativamente quando viene **adattata al contesto culturale** del paziente (Hinton & Hofmann, 2014; Bernal & Domenech Rodríguez, 2012).

In pratica, ciò significa utilizzare **esempi, metafore e spiegazioni coerenti con i sistemi di credenze** del paziente. Ad esempio:

- In contesti dove i sintomi vengono interpretati in chiave spirituale (come nei *khyal attacks* in Cambogia), la psicoeducazione può spiegare i fenomeni fisiologici senza svalutare le interpretazioni religiose, ma creando **ponti tra scienza e credenze culturali** (Hinton et al., 2012).
- In popolazioni latinoamericane, dove le emozioni sono spesso espresse attraverso concetti come “nervios” o “ataque de nervios”, la psicoeducazione può partire da queste categorie popolari per introdurre i concetti di ansia e panico in termini clinici (Guarnaccia et al., 2010).
- In culture asiatiche, dove prevale la somatizzazione, è utile partire dai **sintomi corporei** (fiato corto, palpitazioni) per spiegare come mente e corpo siano collegati, favorendo l'accettazione del modello CBT (Kirmayer & Ryder, 2016).

Questa sensibilità culturale riduce la distanza tra terapeuta e paziente, rafforza l'alleanza terapeutica e rende il trattamento più efficace. Studi clinici hanno infatti mostrato che adattare la psicoeducazione al linguaggio e ai significati culturali del paziente aumenta l'aderenza al trattamento e migliora gli esiti clinici (Hinton & Jalal, 2014; Chu et al., 2016).

Ristrutturazione cognitiva: esplorazione dei significati culturalmente mediati

La ristrutturazione cognitiva è una tecnica cardine della CBT, finalizzata a identificare e modificare i pensieri automatici disfunzionali e le convinzioni di base che mantengono il disturbo di panico. La letteratura transculturale sottolinea, però, che questi pensieri sono spesso **mediati da significati culturali** e che per essere efficace, la ristrutturazione deve tenerne conto (Hinton & Hofmann, 2014; Bernal & Domenech Rodríguez, 2012).

In molte culture, ad esempio, sintomi come vertigini o palpitazioni non vengono interpretati semplicemente come segnali di malattia fisica, ma assumono significati spirituali o morali. Studi sui *khyal attacks* in Cambogia mostrano che la tachicardia o la sensazione di “vento che sale nel corpo” sono percepiti come segni di squilibrio energetico che può portare alla morte (Hinton et al., 2012). In America Latina, concetti popolari come *ataques de nervios* influenzano la lettura dei sintomi come reazioni a conflitti familiari o stress sociale (Guarnaccia et al., 2010).

La ristrutturazione cognitiva culturalmente sensibile non mira a negare queste credenze, ma a **esplorarle e riformularle**. Il terapeuta può chiedere:

- “Cosa significa per lei sentire il cuore battere così forte?”
- “Nella sua comunità, come si spiega questa esperienza?”
- “Potremmo considerare anche altre possibili interpretazioni, come una normale reazione del corpo all'ansia?”

Questa modalità di intervento permette di integrare la cornice culturale con il modello cognitivo, favorendo un senso di rispetto e validazione. Gli studi mostrano che tale approccio aumenta la fiducia

del paziente, migliora l'aderenza al trattamento e potenzia i risultati clinici (Chu et al., 2016; Hinton & Jalal, 2014).

Esposizione enterocettiva e culturale: “mettere alla prova” i timori legati alle interpretazioni

L'esposizione enterocettiva è una tecnica centrale della CBT per il panico: attraverso esercizi che riproducono le sensazioni corporee tipiche dell'attacco (iperventilazione, corsa sul posto, trattenere il respiro), il paziente impara che i sintomi non sono pericolosi. Tuttavia, studi transculturali dimostrano che l'interpretazione di tali sintomi varia molto in base al contesto culturale, e ciò influenza sia le paure del paziente sia l'efficacia dell'intervento (Hinton & Hofmann, 2014).

- **Esempio cambogiano:** nei *khyal attacks*, le vertigini o la pressione alla testa vengono interpretate come segni di “vento interno” che può bloccare la circolazione sanguigna e causare morte improvvisa (Hinton et al., 2012). In questi casi, l'esposizione enterocettiva non si limita a provocare i sintomi, ma viene integrata da spiegazioni culturali: il terapeuta aiuta il paziente a reinterpretare l'esperienza mostrando che tali sensazioni non portano al decesso.
- **Esempio latinoamericano:** nei *ataques de nervios*, i sintomi sono associati a conflitti familiari o perdita di controllo emotivo. L'esposizione può includere esercizi corporei che evocano agitazione fisica (ad es. scuotere le mani, simulare tremori), seguiti da riflessione guidata: il paziente verifica che queste sensazioni non conducono né a “impazzire” né a perdere per sempre il controllo.
- **Adattamento clinico:** l'esposizione culturalmente sensibile implica “mettere alla prova” non solo i timori biologici (es. “avrò un infarto”), ma anche quelli culturalmente mediati (es. “il vento mi ucciderà”, “questo significa che la mia famiglia penserà che sono debole”). In questo modo, si riduce sia la paura dei sintomi corporei sia l'ansia legata al contesto sociale e simbolico (Hinton & Jalal, 2014).

Le ricerche mostrano che questa forma di esposizione integrata porta a una riduzione più rapida dei sintomi e a una maggiore accettazione della terapia, soprattutto in popolazioni culturalmente diverse da quelle occidentali (Otto et al., 2007; Hinton & Hofmann, 2014).

Importanza di integrare spiegazioni culturali senza svalutarle

La ricerca transculturale sottolinea che le persone attribuiscono significati ai sintomi di panico in base al proprio **contesto culturale**, e che tali spiegazioni possono avere radici spirituali, morali o sociali. Ignorare o svalutare queste credenze rischia di compromettere l'alleanza terapeutica, ridurre la fiducia e ostacolare l'aderenza al trattamento (Kirmayer, 2006; Hinton & Hofmann, 2014).

- **Esempio clinico cambogiano:** nei *khyal attacks*, la sensazione di pressione toracica o vertigini viene interpretata come “vento interno” che blocca la circolazione. Se il terapeuta si limitasse a negare tale spiegazione, il paziente si sentirebbe invalidato. Gli studi mostrano che i migliori risultati si ottengono quando il clinico riconosce la validità culturale di tale interpretazione e propone in parallelo una lettura fisiologica, spiegando come i sintomi siano parte di una reazione ansiosa (Hinton et al., 2012).
- **Esempio latinoamericano:** nel caso degli *ataques de nervios*, i sintomi sono visti come espressione di conflitti familiari o crisi emotive. La CBT efficace non contrasta direttamente questa lettura, ma la utilizza come punto di partenza per introdurre il modello cognitivo-

comportamentale, mostrando come stress e interpretazioni catastrofiche alimentino i sintomi (Guarnaccia et al., 2010).

- **Strategia terapeutica:** la chiave è adottare un approccio di **integrazione**, in cui le spiegazioni culturali vengono validate come parte della realtà soggettiva del paziente e collegate al modello CBT. Questo riduce la resistenza, promuove la collaborazione e facilita la ristrutturazione cognitiva.

Gli studi suggeriscono che l'integrazione rispettosa delle credenze culturali non solo migliora l'alleanza terapeutica, ma potenzia anche gli outcome clinici, perché rende la psicoeducazione più comprensibile e significativa per il paziente (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012; Chu et al., 2016)..

Come la CBT lavora rispettando e rielaborando le convinzioni

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) parte dal presupposto che i pensieri automatici e le convinzioni di base influenzino in modo determinante l'esperienza dell'ansia e del panico. Tuttavia, la ricerca transculturale mostra che queste convinzioni sono profondamente **mediate dal contesto culturale** (Hinton & Hofmann, 2014; Kirmayer, 2006).

1. **Validazione e rispetto delle credenze.** Il primo passo non è contraddire, ma **riconoscere** le spiegazioni che il paziente porta (es. interpretazione dei sintomi come malattia fisica grave, segno spirituale o conseguenza di squilibri interpersonali). Questo riduce la resistenza e rafforza l'alleanza terapeutica (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012).

2. **Integrazione con il modello CBT.** Le convinzioni vengono esplorate e collegate al modello cognitivo del panico. Ad esempio, la sensazione di tachicardia può essere vista sia come “segno di spiriti” sia come “reazione di allarme del corpo”. Il terapeuta non elimina la spiegazione culturale, ma aggiunge una prospettiva alternativa basata su evidenze psicologiche (Hinton & Jalal, 2014).

3. **Ristrutturazione cognitiva culturalmente sensibile.** Attraverso domande socratiche e dialogo guidato, il paziente viene invitato a valutare più ipotesi, distinguendo tra interpretazioni catastrofiche e spiegazioni fisiologiche. In questo modo, la ristrutturazione non svaluta le credenze, ma le **rielabora** per ridurre la loro carica ansiogena (Chu et al., 2016).

4. **Verifica esperienziale tramite esposizione.** L'esposizione enterocettiva diventa un “laboratorio” per testare le convinzioni. Se il paziente crede che le palpitazioni possano causare la morte o un evento soprannaturale, esercizi mirati (correre sul posto, trattenere il respiro) permettono di dimostrare in modo concreto che il corpo può sperimentare tali sensazioni senza esiti catastrofici (Hinton et al., 2012).

Implicazioni cliniche

Implicazioni cliniche: necessità di formazione culturale per i terapeuti CBT

La pratica clinica con pazienti provenienti da contesti culturali diversi mostra che la semplice applicazione dei protocolli standard di CBT non è sempre sufficiente. Studi scientifici sottolineano la necessità di una **formazione specifica in competenze culturali** per i terapeuti che trattano disturbi d'ansia e di panico (Hays, 2009; Hinton & Hofmann, 2014).

Perché è necessaria la formazione culturale

- Le credenze relative ai sintomi (fisici, psicologici, spirituali) sono mediate dal contesto culturale. Senza conoscenze adeguate, il rischio è di **svalutare o fraintendere** il significato che il paziente attribuisce all'esperienza (Kirmayer, 2006).
- Lo stigma e le barriere culturali possono ostacolare la richiesta di aiuto; il terapeuta formato è in grado di riconoscere e affrontare questi ostacoli, promuovendo l'accesso al trattamento (Corrigan, 2004; Yang et al., 2007).
- Gli studi mostrano che gli interventi CBT **adattati culturalmente** (psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, esposizione) hanno maggiore efficacia rispetto a quelli standard, soprattutto nelle popolazioni minoritarie o migranti (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012; Chu et al., 2016).

Cosa implica nella pratica

- Sviluppare **sensibilità interculturale**: conoscere sindromi culturali specifiche (es. *ataques de nervios*, *khyal attacks*) e le loro cornici interpretative.
- Apprendere tecniche di **comunicazione rispettosa**, evitando di contrapporre rigidamente modello clinico e spiegazioni culturali.
- Integrare **psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva** con linguaggi, metafore ed esempi culturalmente rilevanti.
- Sostenere un approccio flessibile, dove la CBT diventa uno strumento adattabile, piuttosto che un protocollo rigido.

Benefici della formazione

La letteratura mostra che terapeuti con formazione culturale avanzata sviluppano una migliore **alleanza terapeutica**, riducono i drop-out e ottengono esiti clinici più stabili, soprattutto nei trattamenti del panico e dell'ansia in contesti multiculturali (Hinton & Jalal, 2014; Chu et al., 2016).

Rischio di incomprensioni se le credenze culturali non vengono considerate

Diversi studi sottolineano che trascurare il ruolo delle **credenze culturali** nell'interpretazione dei sintomi di panico può generare gravi incomprensioni cliniche, con conseguenze sia sull'alleanza terapeutica che sugli esiti del trattamento (Kirmayer, 2006; Hinton & Hofmann, 2014).

Esempi di incomprensione clinica

- **Somatizzazione fraintesa**: in molte culture asiatiche e latinoamericane i sintomi di panico si esprimono soprattutto a livello fisico (palpitazioni, vertigini, dolori). Un terapeuta che li interpreta solo come "ansia psicologica" rischia di invalidare l'esperienza del paziente, minando la fiducia (Guarnaccia et al., 2010).
- **Attribuzioni spirituali ignorate**: se il paziente collega i sintomi a fenomeni soprannaturali (spiriti, energia vitale, maledizioni) e il terapeuta li ridicolizza o li nega, il risultato può essere una rottura del rapporto terapeutico (Hinton & Jalal, 2014).
- **Differenze linguistiche e semantiche**: termini come "*nervios*", "*khyal*" o "*susto*" non hanno equivalenti diretti nel DSM-5, e la loro traduzione riduttiva può portare a diagnosi imprecise o a sovra-medicalizzazione (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2009).

Conseguenze documentate

- Maggior rischio di **drop-out precoce** dalla terapia.
- Minore efficacia delle tecniche CBT, perché il paziente non si riconosce nel modello proposto.
- Percezione di **svalutazione culturale**, che può rafforzare lo stigma e ridurre la disponibilità futura a cercare aiuto (Yang et al., 2007).

Indicazioni dalla ricerca

Gli studi in psicoterapia interculturale raccomandano che il terapeuta sviluppi **competenze culturali specifiche**, integrando le credenze del paziente nel percorso terapeutico. In questo modo, la CBT

diventa più flessibile, comprensibile e rispettosa, aumentando l'aderenza e l'efficacia (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012; Chu et al., 2016).

Potenziale arricchimento del percorso terapeutico attraverso la sensibilità interculturale

La ricerca mostra che l'integrazione della **sensibilità interculturale** nella CBT non solo riduce i rischi di incomprensione, ma può diventare una vera risorsa per arricchire il percorso terapeutico (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012; Hinton & Hofmann, 2014).

Rafforzamento dell'alleanza terapeutica

Il riconoscimento e il rispetto delle spiegazioni culturali del paziente favoriscono fiducia e collaborazione. Quando il paziente si sente compreso nella propria cornice culturale, aumenta la motivazione al trattamento e l'aderenza (Chu et al., 2016).

Psicoeducazione più efficace

Adattare metafore, esempi e linguaggio al contesto culturale rende il modello cognitivo-comportamentale più accessibile e significativo. Per esempio, spiegare il panico come "falso allarme del corpo" con immagini tratte dal mondo simbolico del paziente può potenziare la comprensione e l'accettazione (Hinton & Jalal, 2014).

Strumenti culturali come risorsa terapeutica

Elementi propri della cultura del paziente (rituali, pratiche spirituali, proverbi, narrazioni tradizionali) possono essere integrati come strumenti di coping accanto alle tecniche CBT, senza sostituirle ma valorizzandole come risorsa psicologica (Kirmayer, 2006).

Espansione della prospettiva clinica

La sensibilità interculturale stimola il terapeuta a mantenere un approccio flessibile e creativo, che va oltre il protocollo standard, promuovendo interventi più personalizzati e culturalmente congruenti.

La sensibilità interculturale non è solo una "precauzione" per evitare errori, ma un'opportunità per **arricchire il processo terapeutico**, rafforzare l'alleanza e rendere la CBT più potente e significativa per il paziente.

Discussione

Dall'analisi della letteratura emerge in modo chiaro che gli attacchi di panico, pur condividendo una base neurobiologica e psicologica comune, si manifestano e vengono interpretati in modo profondamente influenzato dalla **cultura di appartenenza**. La cultura agisce come lente interpretativa attraverso cui i sintomi vengono riconosciuti, spiegati e comunicati. In alcuni contesti prevalgono letture di tipo medico, in altri spirituali o morali, e ciò influisce sia sull'esperienza soggettiva del panico, sia sul modo in cui le persone cercano aiuto.

La **terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**, grazie alla sua struttura flessibile e ai suoi principi empiricamente fondati, si è dimostrata uno strumento particolarmente efficace per trattare il disturbo di panico anche in contesti non occidentali. Tuttavia, l'efficacia della CBT non deriva solo dall'applicazione tecnica delle procedure, ma soprattutto dalla capacità del terapeuta di **adattare il linguaggio, le spiegazioni e gli esempi** al mondo culturale del paziente. Gli studi dimostrano che l'adattamento culturale della CBT – ad esempio attraverso una psicoeducazione che tenga conto delle credenze locali o una ristrutturazione cognitiva che esplori i significati simbolici dei sintomi – migliora la comprensione del disturbo, aumenta la fiducia nel trattamento e riduce il rischio di abbandono della terapia (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012; Hinton & Hofmann, 2014).

L'integrazione tra **rigore scientifico e sensibilità culturale** emerge quindi come la chiave per una pratica clinica realmente efficace. Mentre l'approccio scientifico garantisce l'affidabilità dei metodi e la validità dei risultati, la sensibilità culturale consente di rispettare la soggettività del paziente e di valorizzare le risorse presenti nella sua cultura. Ignorare il contesto culturale può portare a incomprensioni cliniche e a interpretazioni riduttive del disagio; al contrario, riconoscerlo e integrarlo nel processo terapeutico arricchisce la comprensione del fenomeno ansioso e rende la cura più umana e condivisa.

In prospettiva, la formazione dei terapeuti dovrebbe includere competenze interculturali e conoscenze sulle varianti culturali dei disturbi d'ansia, affinché la CBT possa essere applicata in modo sempre più flessibile e inclusivo. La cultura non è solo un fattore di differenza, ma una **risorsa trasformativa** che può ampliare la portata e la profondità della psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Conclusione

La letteratura scientifica mostra come l'esperienza degli attacchi di panico non sia universale, ma culturalmente mediata. La cultura influenza il modo in cui i sintomi vengono **interpretati** (ad esempio come segnali medici, spirituali o interpersonali), **espressi** (più sul piano fisico, psicologico o sociale) e **comunicati**, determinando anche la modalità di **ricerca di aiuto** (Kirmayer, 2006; Hinton & Hofmann, 2014). Trascurare questi aspetti può portare a incomprensioni cliniche, drop-out e ridotta efficacia terapeutica.

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), considerata trattamento di riferimento per il disturbo di panico, ha dimostrato efficacia anche in contesti culturali non occidentali grazie alla sua **struttura flessibile e modulare** (Hinton & Hofmann, 2014; Chu et al., 2016). Le sue tecniche principali — psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva ed esposizione enterocettiva — possono essere adattate attraverso:

- **uso di linguaggio e metafore culturalmente rilevanti,**
- **integrazione di categorie culturali di malattia** (es. nervios, khyal),
- **valorizzazione di pratiche di coping locali** (elementi spirituali o rituali) (Bernal & Domenech Rodríguez, 2012).

Questa adattabilità consente alla CBT di mantenere il rigore scientifico e al contempo di diventare più **accettabile, comprensibile e significativa** per pazienti di culture diverse, rafforzando l'alleanza terapeutica e migliorando gli outcome clinici (Hays, 2009; Hinton et al., 2012; Chu et al., 2016).

La sfida per i terapeuti è dunque coniugare **evidenza scientifica e sensibilità culturale**:

- Da un lato, utilizzare protocolli validati che garantiscono efficacia,
- Dall'altro, riconoscere e integrare le credenze e i significati locali, evitando di svalutarli.

In questo senso, la cultura non rappresenta un ostacolo, ma un **fattore arricchente** che, se integrato nella pratica clinica, permette di trasformare le spiegazioni del paziente in risorse terapeutiche.

Integrare approcci scientifici e sensibilità culturale non indebolisce l'efficacia della CBT, ma la potenzia, rendendo il trattamento più aderente ai contesti reali e favorendo percorsi di cura personalizzati ed efficaci.

Bibliografia

- Bernal, G., & Domenech Rodríguez, M. M. (2012). *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., Sue, S., & Hwang, W. C. (2016). A model for the theoretical basis of cultural adaptations of cognitive behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(3), 420–434. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.10.001>
- Guarnaccia, P. J., Lewis-Fernández, R., & Marano, M. R. (2010). Toward a Puerto Rican popular nosology: Nervios and ataques de nervios. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 27(3), 339–366. <https://doi.org/10.1023/A:1025303315932>
- Hays, P. A. (2009). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2012). Panic disorder, khyal attacks, and orthostatic panic among Cambodian refugees. *Psychological Medicine*, 42(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/S003329171100097X>
- Hinton, D. E., & Hofmann, S. G. (2014). CBT for anxiety disorders: A cultural perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 357–371. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.001>
- Hinton, D. E., & Jalal, B. (2014). Updating the cultural formulation for DSM-5: Examining the relation between anxiety and culture. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 720–734. <https://doi.org/10.1177/1363461514547738>
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144. <https://doi.org/10.1177/1363461506061761>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.